Lane Medical Library 1867

Diagnostische Irrthümer,

welche bei Ovariotomien vorgekommen sind.

.....

Inaugural-Dissertation,

welche mit Genehmigung

der medicinischen Facultät hiesiger Universität

zur Erlangung der Doctorwürde

Sonnabend, den 2. November 1867, Vormittags 12 Uhr,

in der grossen Aula

gegen die Opponenten

Herren O. Wantke, stud. med., und A. Wegehaupt, Dr. med.

öffentlich vertheidigen wird

Gustav Bufe.

Druck von A. Neumann in Breslau.

Diagnostische Irrthümer,

welche bei Ovariotomien vorgekommen sind.

Inaugural-Dissertation,

welche mit Genehmigung

der medicinischen Facultät hiesiger Universität

zur Erlangung der Doctorwürde

Sonnabend, den 2. November 1867, Vormittags 12 Uhr,

in der grossen Aula

gegen die Opponenten

Herren O. Wantke, med. med., und A. Wegehaupt, Dr. med.

öffentlich vertheidigen wird

Gustav Bufe.

Druck von A. Neumann in Breslau.

Seinem verehrten Lehrer

Herrn Medicinal-Rath

Professor Dr. O. Spiegelberg

in tiefster Ehrfurcht

gewidmet

vom Verfasser.

Vorwort.

Unmittelbare Veranlassung zu vorliegendem Aufsatze gab der in demselben zuletzt besprochene Fall, welcher in der gynäkologischen Klinik des Herrn Professor Spiegelberg verlief. Der Versuch einer Zusammenstellung ähnlicher diagnostischer Irrthümer erschien lohnend, weil in den letztverflossenen Jahren dergleichen Fälle in der Literatur zerstreut beschrieben sind; auf diese, wie auf verschiedene einschlagende Notizen wurde ich durch meinen verehrten Lehrer, Herrn Medicinalrath Professor Dr. Spiegelberg, und mit gleicher Güte durch Herrn Ober-Medicinalrath Professor Dr. Baum in Göttingen aufmerksam gemacht. Mögen daher diese hochgeschätzten Männer, Gönner und Freunde wissenschaftlichen Strebens gestatten, ihnen meine stete, innigste Dankbarkeit zu geloben. Bei der Unzulänglichkeit des medicinischen Literaturschatzes hiesiger Bibliothek habe ich freilich auf die Erlangung mancher Hülfsquelle verzichten müssen; dagegen bin ich in der Lage, als Quelle für

einige Angaben aus englischen Autoren brieflich übermachte Notizen des Herrn Prof. Baum nennen zu können. Aus der statistischen Zusammenstellung Dutoit's: „Die Ovariotomien in England, Deutschland und Frankreich“ sind zumeist jene älteren Fälle entnommen, bei denen ich Befund und Ausgang gewöhnlich nur kurz angegeben habe. Einige wenige andere derartige Fälle fand ich bei Koeberlé und Simpson. Bei der Zusammenstellung der allgemeinen diagnostischen Momente und Anhaltspunkte bei Unterleibstumoren, welche den ersten Theil meiner Arbeit bildet, habe ich theilweise die Autoren Simpson, Koeberlé und Courty benützt. Die dringend empfohlene Arbeit von Sp. Wells in Nr. 85 des Dublin quarterly journal of medical sciences vom Februar 1867: On the diagnosis of renal from ovarien cystsand toumors, war mir zu erlangen nicht möglich, wie auch das von der Sydenham society edirte Buch: Dr. Bright's on abdominal toumors.

Einleitung.

Es ist ein bemerkenswerther Unterschied in dem Schicksale, welches die Behandlungsarten und Methoden in der Chirurgie und in der inneren Medizin bei ihrem Entstehen zu erfahren pflegen. Während therapeutische Erfindungen und Neuerungen in der Behandlung innerer Krankheiten fast immer von vorne herein gleich ein Heer lautsprechender Lobredner sich erwerben, haben selbst die schliesslich als am besten und segensreichsten anerkannten chirurgischen Methoden gleich Herkules schon in der Wiege feindliche Schlangen zu erdrücken gehabt. So mussten sich z. B. ihre Geltung erst schwer erkämpfen der Lateralsteinschnitt, die Geburtszange, die Chloroformbetäubung, die Galvanocaustik und unter Anderen nicht weniger die Ovariotomie. Wen möchte es nicht befremden, dass vorurtheilslose, kühne Operateure, wie die Morgagni, Hunter, Malgaigne, Jobert, Velpeau u. A. mehr weniger schroffe Verdammungsurtheile aussprechen über eine Behandlungsweise, deren segensreiche Erfolge wohl jeden Zweifel über ihre Berechtigung bei den Unbefangenen gehoben haben! Es ist allerdings ein sehr gewichtiges Moment, auf das sich stützend jene Heroën einer so ernsten Wissenschaft als Gegner der Ovariotomie auftraten. Es waren die Schwierigkeiten, welche jene Forscher in der Diagnostik der Unterleibstumoren in Bezug auf ihren Ursprung und ihre Verwachsungen mit dem Peritoneum fanden, und die bei diagnostischen Irrthümern entstehenden operativen und

prognostischen Inopportunitäten, welche ihnen die Ansicht aufdrängten, lieber gar nicht, als auf eine so gefährliche Weise im Dunkeln zu operiren. Pericelosae plenam rem aleae nennt sehr bezeichnend vom Standpunkte der damaligen Diagnostik aus Schäffer im Anfang des vorigen Jahrhunderts die Ovariotomie. In demselben Maasse aber, als die Qual des Leidens und der anatomische Befund, der in der überwiegend grossen Mehrzahl gestillte Ovariencysten ergab, immer und immer wieder in ähnlichen Fällen zu Exstirpationen überredete: in demselben Maasse musste es auch verdienstlich erscheinen, auf die minutiöseste Weise alle jene Momente zu beobachten und zu eruiren, welche eine möglichst genaue und sichere Diagnose ermöglichen. Da waren es nun vor Allen die Engländer, und von diesen wieder als Herold an der Spitze Charles Clay, dann Spencer Wells, Baker Brown, Tyler Smith, Simpson u. A., welche durch sorgfältige Beobachtungen, ausdauernde Prüfungen und Forschungen der Ovariotomie auch in diagnostischer Hinsicht eine Grundlage verschafft haben, auf welcher ihre Existenz nicht mehr in Frage kommen kann.

Von England aus bahnte sich die Ovariotomie ihren Weg über Frankreich durch ganz Europa, und in den letzten Jahren haben sich in den Statistiken aller namhafteren Operateure die Zahlen zu Gunsten der Heilerfolge bedeutend vermehrt.

Allgemeines über Diagnostik der Unterleibsgeschwülste.

Bei Betrachtung der Symptome und der diagnostischen Anhaltspunkte, die unser Urtheil über abdominelle Geschwülste zu bestimmen haben, wird uns bald als das eigentliche Punctum saliens der Ausgangspunkt des Tumors erscheinen. Der Ursprung und Sitz eines kleinen Beckentumors richtig zu diagnostiziren, seinen Zusammenhang mit den Uterus zu constatiren oder auszuschliessen, wird für den sorgfältig untersuchenden Frauenarzt selten sehr schwer sein. Es beginnen diagnostische Schwierigkeiten erst bei einer gewissen Grösse

der Geschwulst, wachsen aber alsdann mit derselben in steigendem Verhältniss.

Vor allen Dingen sind es die cystischen Geschwülste der Bauchhöhle, welche schon von vorn herein die Gedanken des Arztes auf eine Erkrankung der Ovarien hinleiten, wenn anders nicht ihr Ursprung von einem andern Organe nachzuweisen ist. Denn die aus dem Becken aufsteigenden soliden Tumoren pflegen meist vom Uterus auszugehen, andererseits aber sind Cystoide des Uterus äusserst selten.

Bei der Feststellung des Ursprungs einer Becken- oder Bauchgeschwulst muss sich der Arzt meist, da die Patientinnen genau Rechenschaft geben zu können selten im Stande sind, an die objektiven Zeichen halten. In Bezug auf Ovarientumoren gewähren weder Alter noch die mehr oder weniger vollständige oder ganz mangelnde Verwerthung der Sexualorgane bestimmte Anhaltspunkte. Die Entstehung ist nur ausnahmsweise mit Schmerz oder anderen auffälligen Symptomen der Entzündung, der funktionellen Störungen der Ovarien und der Nachbarorgane verbunden. Die Störungen in der Blutcirkulation, der Beweglichkeit, Durchgängigkeit, Funktion etc. der angrenzenden Theile haben bei grösserem Umfange der Geschwulst für bestimmte Tumoren zu wenig Eigenthümliches, als dass man daraus auf den Ursprung schliessen könnte. Wie weit die Störungen des Allgemeinbefindens und deren Ausdruck im Gesicht und ganzen individuellen Habitus bei Ovarienkrankheiten etwas Spezivisches haben, wage ich nicht zu entscheiden, mag es aber gern als Resultat der sorgfältigsten, aufmerksamsten Beobachtung und reicher Erfahrung anerkennen, wenn Spencer Wells bei Patientinnen, die an Ovariengeschwülsten leiden, von einer Facies ovarien pricht gegenüber der Facies uterina. Behinderung der Circulation, Athmung und Verdauung muss jeder Unterleibstumor bewirken, sodald er die nöthige Grösse erreicht hat.

Die wichtigsten Hülfsmittel zur Diagnose bilden das Gefühl und das Gehör. Denn obschon jeder Tumor oberhalb des Beckens sofort die Bauchhöhle ausdehnt, so ergeben sich doch in keinem Entwicklungsstadium irgend eines bestimmten Abdominaltumors für denselben

charakteristische Formen der vorgedrängten Bauchdecken. Bei enormem Umfange, wie sie Uterusgeschwülste, Netztumoren u. s. w. eben so gut als Ovariencysten erreichen können, werden sich stets Turgescenz der Venen, Verdrängung der falschen Rippen, Oedeme, besonders der unteren Extremitäten, u. s. w. finden.

Bestimmtere Eindrücke ergeben sich schon durch die Palpation. Wir vermögen dadurch zu beurtheilen, ob die Geschwulst hart, weich oder fluktuirend ist, ob sie fix oder beweglich, ob ihre Oberfläche glatt, beulig oder knotig ist. Durch Touchiren per vaginam und per rectum erkennen wir das Verhalten des Tumors im Becken, seine Grösse, Consistenz und Gestalt in demselben und auch besonders das Verhalten der anderen Beckenorgane in Bezug auf gegenseitige Lage und Beweglichkeit. In Bücksicht auf Ovariengeschwülste ergiebt sich bei diesen Untersuchungen als wesentlicher Gewinn das Urtheil darüber, ob der Uterus bei der Geschwulst betheiligt oder frei ist, da Beckentumoren, wenn der Uterus in Integrität sich befindet, mit grosser Zuversicht als Ovariengeschwülste angesprochen werden können. Ovariengeschwülsten gegenüber ist die Stellung des Uterus gar nicht bedingt: die Geschwulst kann vor und hinter demselben liegen, ja sogar Retroflectio und Prolapsus uteri (cf. Spiegelberg, M. f. Geb., Bd. 13.) vorhanden sein, wie mir Herr Professor Spiegelberg einen von ihm selbst beschriebenen Fall gezeigt hat [1]). Ist durch gefühlte Fluktuation constatirt, dass es eine Flüssigkeitsmenge ist, welche die Bauchdecken ausdehnt, so muss zunächst die Frage entschieden werden, ob Ascites oder eine abgesackte Flüssigkeit in der Bauchhöhle vorhanden ist. Wenn nicht etwa beides der Fall ist, so giebt uns die Perkussion darüber hinlänglich Sicherheit, indem wir fussen auf der physikalischen Nothwendigkeit, dass die freie Flüssigkeit bei Ascites immer und in jeder Lage des Patienten nach den abschüssigsten und grade tiefstliegenden Stellen der Bauchhöhle gravitiren muss. Während also bei abgesacktem Fluidum die Territorien der Dämpfung und des sonoren Schalles dieselben bleiben müssen, wie auch Patient sich lagere: so werden jene

[1]) Conf. Spiegelberg, Monatsschrift für Geburtskunde Bd. 13.

Perkussiouserscheinungen bei Ascites sich mit dem Lagenwechsel des Kranken ändern. Bei gewöhnlicher Rückenlage muss demnach Mattigkeit in den Lendenregionen, Tympanie am Nabel bei Ascites, hei Cystengeschwülsten das Umgekehrte gefunden werden. Schwieriger ist Klarheit zu erlangen, wenn beide Zustände combinirt sind oder der Ascites ein allzuhoch gradiger geworden ist, obschon in letzterem Falle, wenn auch zu Zeiten die von der vordern Bauchwand verzogenen Darmschlingen Tympanie vermissen lassen, man doch wohl meist durch Verdrängen und Verdrücken der Flüssigkeit eine oder mehrere Darmschlingen zum Hervortreten bringen kann. Sind aber mit Ascites eine tuberkulose Affection des Peritoneums oder umfangreiche Netzverwachsungen complicirt, so wird freilich die Percussion niemals Auskunft geben können und eine specielle Diagnose überhaupt unmöglich sein.

Hat der untersuchende Arzt durch Palpation und Percussion eine cystöse Geschwulst constatirt, so muss er vor Allem, ehe er irgend ein verletzendes Instrument anlegt, sich über die delikate Frage sichere Auskunft verschaffen, ob Schwangerschaft vorhanden ist oder nicht. Verwechselungen sind oft genug vorgekommen, von Patienten und von Aerzten. Simpson erzählt in seinen Vorlesungen über Frauenkrankheiten, dass eine Kranke, die von einem Ovarientumor operativ erlöst werden sollte, einige Stunden vor dem schon bestimmten Operationstermine dieselbe durch die Geburt eines kräftigen Kindes überflüssig machte. Solche Irrthümer dürften heute schwer verzeihlich sein, wo wir in der Auskultation der fötalen Herztöne, die bei mehrfacher sorgfältiger Untersuchung constatirt werdeu können, ein so sicheres Criterium für Schwangerschaft kennen. Nicht weniger verdienen auch der Berücksichtigung jene kleinen äusseren Schwangerschaftszeichen, die in der Hypertrophie und Laxheit der Bauchdecken, so dass der verstrichene Nabel ausziehbar ist, in der Pigmentirung des Bauches und des Warzenhofes, in dem Vorhandensein Montgomery'scher Drüsen; in der wachsenden Turgescenz der Brüste und vielleicht auch in der Veränderung des Gesichtsteint bestehen. Trotz alledem kommen jedoch leider immer hin und wieder Verwechselungen

von Schwangerschaft und Ovariencysten vor. Von drei solchen Irrthümern aus der Praxis bekannter Kliniker hat uns in der Klinik Herr Medicinalrath Professor Dr. Spiegelberg berichtet. Die grössten Gefahren entspringen für Kranke auch daraus, wenn Cysten anderen Ursprungs mit Ovariencysten verwechselt werden. Die Casuistik nennt besonders; Netztumoren (Alveolarcarcinome), Echinococcussäcke, grosse hydronephrotische Säcke und von nebensächlicher Bedeutung übergrosse Ausdehnung der Gallen- und Harnblase. Echinococcenkolonien können von den verschiedensten Organen, namentlich aber von Leber, Nieren und Milz, entspringen, und können der Diagnose bei grosser Ausdehnung die beträchlichsten Schwierigkeiten darbieten. Dasselbe gilt von hydronephrotischen Säcken. Oft ist in Bezug des Ursprungs einer Cyste durch Anamnese, Perkussion und Palpation nichts zu eruiren. In solchen Fällen kann nur noch die Explorativpunktion und die genaue chemische und mikroskopische Untersuchung des entleerten Fluids eine zuverlässige Auskunft geben. Während Ascitesflüssigkeit nur einen geringen Eiweissgehalt, aber die Pflasterepithelien der Serosa zeigt, bietet Cysteninhalt des Eierstockes viel Eiweiss und keine Epithelzellen; hydronephrotische Flüssigkeiten werden, wenn auch gewiss meist in recht geringem Grade, doch Merkmale ihres Ursprungs in ihrer chemischen Zusammensetzung zeigen; aufgefundene Parasiten lassen eine Ovariencyste mit Entschiedenheit ausschliessen. Schon Highes Bennet in Edinburg legte auf diese Untersuchungen einen sehr grossen Werth, sicher mit vollstem Rechte, obschon Baker Brown das Verfahren für mindestens verfrüht erklärte. Unter Umständen kann auch der Beruf, die Beschäftigung und ein gewisser epidemischer Charakter diagnostisch wichtig sein. Ich beziehe mich besonders auf das häufige Vorkommen von Echinococcussäcken bei Leuten, welche mit Fleischwaaren handeln, mit Hunden viel umgehen, und darauf, dass diese Krankheit, in Island besonders, epidemisch vorkommt.

Eine grosse Rolle in der Geschichte der diognostischen Irrthümer spielen, besonders in früheren Zeiten, die soliden Geschwülste der Bauchhöle. Dieselben können ja von der mannigfachsten Art, mit den verschiedensten

Ursprüngen sein. Wir werden sehen, dass Uterustumoren, Darmconvolute, Netz- und Milzgeschwülste zu Ovariotomien Veranlassung gaben. Auch bei festen Tumoren ist die Hauptsache, nämlich den Ursprung zu bestimmen, oft sehr schwer, bisweilen unmöglich. Alle die Symptome, hergenommen von der Consistenz des Tumors, seinen Conturen, Auskultations- und Perkussionsphänomen, Lage und Beweglichkeit benachbarter Organe u. s. w. können im einzelnen Falle theils fehlen, theils durch Complikationen, vorangegangene Entzündungen und deren Ausgänge, Formfehler und Abnormitäten so getrübt und verwischt sein, dass auch der geübteste, erfahrenste Arzt zur Sicherheit in der Diagnose nicht gelangen kann. Solche Schwierigkeiten haben das „Experientia fallax" erzeugt, bringen aber gleichzeitig die Entschuldigung dafür mit.

Indess lassen sich einige allgemeine Gesichtspunkte für das Untersuchen aufstellen, deren Festhalten in der Mehrzahl der Fälle vor Täuschungen bewahren wird. Die Erfahrung zeigt, dass eine harte, solide Geschwulst des Beckens weitaus öfter vom Uterus kömmt, während Fluktuation, Weichheit und Elasticität für den Sitz am Ovarium spricht. Wenn Simpson lehrt, dass, sobald sich auf einer grösseren Geschwulst aufsitzend kleinere knotige Erhabenheiten, verschieden gross und entwickelt, finden, dem Gefühl nach wie Bälle, die an der Uterusoberfläche sitzen, man mit grosser Sicherheit eine Ovariengeschwulst ausschliessen könne und mit gleicher Sicherheit ein Geräusch, das sich deutlich wie Uteringeräusch in der Schwangerschaft anhört, auf ein Uterusfibroid hinweise, so ist dies unrichtig. Wir haben in der Klinik Ovariencysten gesehen, die vielfächrig gebildet, auf einer grösseren Blase viele kleinere, mehr oder weniger hervorragende Blasen aufsitzend zeigten. Betreffs des Geräusches hat Pernice (Monatsschrift für Geburtskunde) einen Fall beschrieben, in welchem bei einer Ovariencyste Uteringeräusch gehört wurde und auch in dem unten zu beschreibenden Falle von Nierenechinococcus war ein ganz ähnliches Geräusch wahrnembar.

Dass eine sorgfältige Scheiden- und Sondenuntersuchung über die Verhältnisse des Uterus meist sichere Auskunft giebt und in welcher Weise dieselbe in ihren

positiven Resultaten zu verwerthen ist bei der Diagnose, ist bereits erwähnt.

Weitere allgemeine diagnostische Kennzeichen für solide Unterleibsgeschwülste vermag ich nicht anzugeben; desshalb wende ich mich dazu, die von mir aufgebrachten Fälle diagnostischer Irrthümer bei Ovariotomien, so weit meine Quellen ausreichen, zu beschreiben.

Diagnostische Irrthümer bei Ovariotomien.

Am meisten zu operativen Eingriffen verlockt haben Uterusgeschwülste, besonders die Fibroide. Hier begegnen wir den klangvollsten Namen, die in solche Irrthümer verfielen. Es sind in der Wissenschaft bis 1863 28 Fälle bekannt, in denen bei Operationen, mit der Diagnose „Ovarientumor" unternommen, sich Uterusgeschwülste ergaben. Unter letzteren stehen wieder die Fibroide obenan. Dutoit verzeichnet 21 dergleichen diagnostische Irrthümer. Ch. Clay musste 2 Mal die Entdeckung machen, im Jahre 1844 und 1863, dass nach einem Bauchschnitt der Sitz des fibrösen Tumors die Uteruswand war, nicht das Ovarium. Er unterband einmal das Fibroid; das andere Mal exstirpirte er, da die Geschwulst eine interstitielle war, den ganzen Uterus nebst beiden Ovarien — die Patientinnen genasen nicht mehr. Denselben lethalen Ausgang hatte eine Exstirpation des ganzen hypertrophischen Uterus, wozu er den Bauchschnitt auch in dem Glauben gemacht hatte, eine Ovariengeschwulst vor sich zu haben. Ganz dasselbe Schicksal hatten 2 Operationen, von Granville 1717, und von M. Heath 1843, durch welche fibrös entartete Uteri, die bis nach der Gastrotomie als Ovarialtumoren angesprochen wurden, waren exstirpirt wurden. Spencer Wells unternahm im Jahre 1863 eine Orariotomie, wobei er aber ein interstitielles Uterus fibroid fand; er schalte die Geschwulst aus, sah aber die Kranke nicht genesen.

Glücklicher war Köberlé in Strassburg, der 1863 ein Uterus fibroid, das er für eine ovarielle Geschwulst hielt, erst ausschälte, dann aber den ganzen Uterus herausnahm und dennoch Heilung der Person erzielte. Das Aftergebilde hatte sich als ein grosser fester Tumor im Becken produzirt.

Auch in der Literatur der Amerikaner, von den Atlee's, Parkmann, Crume operirt, sind 2 Heilungsfälle verzeichnet, wo anstatt eines Ovarientumors ein subperitoneales Uterus fibroid ausgeschält wurde; dagegen endeten 5 ziemlich gleiche Operationen tödtlich.

In den beregten Fällen wurde überall die Operation zu Ende geführt, trotzdem der Augenschein eine falsche Diagnose ergab. Die Statistik der Erfolge stellt sich dabei sehr ungünstig: von 14 Operirten genasen nur 3, von denen noch 2 auf die unzuverlässige Rechnung der Amerikaner kommen. Mit grösserem Glück, ja vollständiger Heilung verliefen 2 Operationen, wobei die Geschwülste Uterin waren, aber cystöser Natur, mit Stilen versehen. Beide wurden im Jahre 1862 gemacht, eine von Fletcher, welcher den Stil ecrasirte und die Wunde schloss, die andere von Sp. Wells; dieser schnitt den Stil ab und schloss, da keine Blutung erfolgte, gleichfalls die Wunde. Ein dritter ganz ähnlicher Fall, in welchem eine multilokuläre Cyste des Uterus von Semmelweiss in Pesth auf leichte Weise im Jahre 1863 weggeschnitten wurde, endete dagegen tödtlich.

In einer Anzahl anderer Fälle wurden die Operationen, unternommen um Ovariengeschwülste zu beseitigen, aufgegeben, weil der diagnostische Irrthum erkannt wurde, bevor allzugrosse operative Eingriffe geschehen waren. Die Erfolge haben diese Handlungsweise als gerechtfertigt erscheinen lassen: denn von den sämmtlichen 22, wegen falscher Diagnose oder zu umfangreichen Adhärenzen unterbrochener Ovariotomien nahmen nur 7 einen tödtlichen Ausgang, während 15 Kranke temporär geheilt wurden: wohl ein Beweis, dass nicht die Operation des Bauchschnittes an und für sich, sondern die Krankheit, wegen welcher er unternommen wird, das Gefährliche und Verderbliche ist.

Bei diesen 22 Eällen spielt wiederum die Uterusgeschwulst die hauptsächlichste Rolle. Es sind 11 Mal Uterustumoren verzeichnet, 4 Mal die spezielle Diagnose: Uterusfibroid, 6 Mal Uterus- resp. Uteringeschwulst und 1 vom Uterus ausgehende Cyste. In 9 von diesen Fällen, operirt von den Engländern Lizar, Lane und den Amerikanern Deane, W. L. Atlee, Parkmann und N. Smith, erfolgte Heilung der Operationswunde. Es

wurde davon 6 Mal die Bauchwunde ohne weitere Eingriffe wieder zugenäht, 1 Mal die Cystenwand zum Theil excidirt, 1 Mal aus dem punktirten Fibrom eine grosse Menge abgesackten Eiters entleert, und schliesslich von Lizar eine Uterusgeschwulst mehrmals punktirt und inzidirt. Die beiden andern tödtlich verlaufenen Fälle, von den Amerikanern Mysey 1850 und Peaslee 1853 operirt, waren Uterusfibroide, von denen Peaslee das seinige theilweise excidirte.

Diese Irrthümer haben sämmtlich etwas Erklärliches und Verzeihliches. Eine spezielle Diagnose ist aber bei Unterleibstumoren oft so schwer und unmöglich, dass die besten Aerzte und Diagnostiker unglaublich scheinende Fehler gemacht haben, Fehler, welche rektifizirt, als nackte Nominaldiagnose unverzeihlich erscheinen können. So erwähnt Simpson 6 Fälle von gemachten Bauchschnitten, in denen nur Tympanites der Därme, gar keine Geschwulst gefünden wurde. Maisonneuve glaubte 1863 einen Ovarientumor zu operiren, fand aber nach dem Bauchschnitte nur aufgetriebene Darmconvolute. Auch Lizar liess sich 1823 durch Obesitas und Tympanites täuschen; die Bauchschnittwunde heilte ihm wieder zu. Ebenso musste King im Jahre 1834 einen Bauchschnitt wieder zunähen, weil er keinen Tumor finden konnte. Dasselbe Schicksal erfuhr 1836 Dohlhoff in Magdeburg. Endlich waren es Smith und Dowell, denen nach der Eröffnung des Abdomen ein Darmschlingenconvolut statt irgend eines Tumors entgegenstürzte. Wunderbar klingt es, wenn Simpson erzählt, dass er durch Crotonöl eine Diagnose vervollständigt habe, wo der behandelnde Arzt an einen Ovarientumor gedacht hatte. Dr. Abercrombie erzählt 2 ähnliche Fälle. Der Irrthum wird verzeihlich erklärt, da die Patienten ein Aussehen, wie bei krebsiger Diathese, und trotz der eminentesten Fäcesanhäufung, Diarrhoe — als Symptom des Reizes auf die benachbarten Darmpartien — haben können Dass grössere cystöse Netzgeschwülste, besonders mit Ascites complicirt, Ovariengeschwülste vertauschen können, beweist ein von Dutoit notirter Fall eines Amerikaners, dessen Operation tödtlich auslief. In einem anderen Falle, wo H. Smith 1854 nur eine Netzverdickung fand, wurde die Wunde

zeitig genug wieder zugenäht, so dass die Patientin gerettet wurde.

Ein anonymer deutscher Arzt, der 1852 eine Ovariotomie machen wollte, fand Ascites und krebsige Knoten des Netzes und des Uterus. Hierher gehören auch die Fälle, wo Verdickungen des Colon — wie es dem Amerikaner Trowbrigde erging —, oder vergrösserte Mensenterialdrüsen — wie King in einem Falle erfuhr — für Ovarientumoren gehalten wurden. Ich habe nicht gefunden, dass solide Lebertumoren zu Ovariotomien verleitet hätten; dagegen haben sich Milztumoren als täuschender erwiesen. Weder Sitz noch Gestalt konnten Prince bewahren, dass er, um einen Ovarientumor zu entheben, den Bauchschnitt machte. Er fand eine grosse gestilte Milzgeschwulst. Vielleicht hätte in diesem Falle eine mikroskopische Exploration des Verhältnisses der weissen zu den rothen Blutkörperchen ein für die Diagnose verwerthbares Resultat ergeben.

Wenn ich in den bis jetzt angeführten Fällen nicht viel mehr als die Thatsache eines diagnostischen Irrthums angeben konnte: so stehen mir jetzt noch über einige andere Fälle ausführlichere Berichte zu Gebote. Sie betreffen Operationen der jüngsten Zeit, in den Nierencysten, drei Mal Hydronephrose mit und ohne Nierensteine und ein Mal ein Echinokockussack Ursache zu Verwechselung mit Ovariencysten wurden.

Spencer Wells berichtet in einem Aufsatz des Dublin quarterly journal of midicalscience Nr. 85 vom Februar 1867 über eine Cystovariotomie:

Eine 43 Jahre alte Frau hatte 9 lebende Kinder geboren und zwei Mal abortirt, zuletzt i. J. 1861. Im folgenden Jahre bemerkte sie, dass ihr Bauch stetig anschwelle und consultirte desshalb die Aerzte Dr. Mc. Donnel und Solly, welche die Geschwulst für eine Ovariencyste erklärten. Da der Umfang des Leibes immer grösser wurde, kam die Kranke zu Sp. Wells, welcher sie am 17. December 1866 in sein Hospital aufnahm. Ebenfalls im Glauben an eine Ovariencyste, unternahm er den 3. Januar 1867 die Gastrotomie. Bald stellte sich heraus, dass die Exstirpation der Geschwulst wegen Adhäsionen unmöglich sei. Bei den Versuchen, jene Adhäsionen zu trennen, zerriss eine vorhandene zweite

Cyste. Die Operation wurde alsdann aufgegeben. Nach 30 Stunden erfolgte der Tod. Die Section zeigte, dass beide Cysten hydronephrotische Säcke waren, von denen die grössere links, die kleinere, welche bei der Operation geplatzt war, rechts sass. Im linken Nierenbecken fand sich ein Stein vor.

Eine andere Notiz von Sp. Wells im London medical times et gazette vom Mai 1867 p. 537 ist hier zu erwähnen: Eine grosse Bauchgeschwulst wurde für eine Eierstockscyste gehalten. Durch 2 Mal unternommene Punktionen wurde eine gelbliche, eiterähnliche Flüssigkeit entleert. Durch einen Fall der Kranken barst die Cyste und nach 28 Stunden trat der Tod ein. Bei der Sektion wurde viel Fluidum im Bauche frei vorgefunden. Die grosse, $^1/_2$" dickwandige Cyste war mit Peritoneum bedeckt und ergab sich als die linke cystös entartete Niere. Sie enthielt mehrere Nierensteine. Ausser dieser Hydronephrose hatten sich auch zwei Ovariencysten entwickelt. Blut oder Eiweiss war niemals im Urin beobachtet worden.

Aehnliches bietet die Krankengeschichte und der Obduktionsbefund eines 13jährigen Mädchens, die am 8. März 1864 in der Klinik des Herrn Professor von Dumreicher in Wien starb. Die Beschreibung des Falles ist gegeben im Sitzungsbericht vom 11. März 1864, Wochenblatt der Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte in Wien No. 12, p. 104. Das Mädchen merkte seit ihrem zehnten Jahre eine stetig wachsende Bauchgeschwulst. Im März 1863 suchte sie in der Klinik des Herrn Prof. Scoda Hülfe. Ihr Unterleib war gleichmässig ausgedehnt, sein Umfang in der grössten Convexität betrug 44", gedämpfter Percessionsschall und Fluktuation zeigte sich fast in seiner ganzen Ausdehnung. Nur auf der linken Seite unterhalb des Magens zeigte sich eine Region von ca. 4" mit tympanitischem Schall, die sich bei Lagewechsel der Kranken nicht veränderte. Bei dem enormen Umfange der Cyste und dem Mangel anamnestischer Thatsachen lautete die Diagnose auf Cystovarium mit der gesetzten Möglichkeit einer Hydronephrose. Am 19. März 1863 kam Patientin auf die Klinik des Herrn Prof. v. Dumreicher. Hier wurden ihr, auf Grund gestörter Athmungs-, Ver-

dauungs- und Circulationsthätigkeit, am 28. März, 6. Mai und 7. Juni Punktionen von 18, 16 und 14 Maass einer colloiden, braun gefärbten Flüssigkeit gemacht, mit temporärer Erleichterung der Kranken. Nach der zweiten und dritten Punktion waren Jodeinspritzungen gemacht worden.

Vom 15. Juli bis 6. November 1863 war die Kranke aus dem Hospital entlassen. Am 13. November wurde der anämischen, mit Beschwer athmenden Kranken, deren Abdomen fast den frühern Umfang wiedererreicht hatte, durch eine neue Punktion 13 Maass einer bräunlichen, eiweisshaltigen, Blutfarbstoffe, Blutsalze und Blutkörperchen führenden Flüssigkeit abgelassen. Am 3. Januar und 9. Februar 1864 wurden die Abzapfungen wiederholt; es flossen $7^1/_4$ und $8^1/_2$ Maass ab. Die Percussion ergab gedämpften Ton in einer grösseren Ausdehnung der linken untern Bauchgegend, als früher. Straffe Einwickelungen, wegen der überaus grossen Schnelligkeit des Ansammelns der Flüssigkeit in der Cyste gemacht, wurden zwar gut vertragen, blieben aber wirkungslos. Wegen Athembeschwerden und Dislokation des Herzens nach oben wurde am 5. März eine neue Punktion gemacht. Die 8 Maass entleerter Flüssigkeit zeigten deutliche Spuren der Vereiterung: Sedimente, Gerinnsel, Eiterkörperchen. Durch einen eingelegten elastischen Katheter, wurde nunmehr die angesammelte Flüssigkeit täglich entleert, die Cyste mit lauem Wasser ausgespritzt und dann Kalii jod. dr. 2: Aq. dest. unc. 3 eingespritzt. Dabei wurde Patientin stetig schwächer, der Puls höher; es traten Bauchschmerzen ein, die Nächte wurden schlaflos und am 8. März starb die Kranke.

Die Cystovariotomie wurde in diesem Falle für nicht angezeigt gehalten, weil Prof. v. Dumreicher Verwachsung der Cyste mit dem Darm und der Bauchwand in grossem Umfange diagnosticirte. Ein 4″ lang gemachter Bauchschnitt — zur Demonstration an der Leiche ausgeführt, zeigte sofort, dass die Cyste dem Bauchfelle adhärire, sie folgte dem Zuge nur so weit, dass man den durch festes Bindegewebe mit demselben verbundenen Blinddarm sehen konnte. Von deu Ergebnissen der pathologischen Sektion ist noch beizufügen,

dass die fluktuirende Geschwulst fast den ganzen Bauchraum ausfüllte. Ihre Oberfläche war mit den Bauchwandungen innig verwachsen; ebenso mit dem atrophirten rechten Lappen der nach links verdrängten Leber. Desgleichen war die Milz in das Zwerchfell hinein verdrängt und der Magen mehr senkrecht gestellt. Die stark contrahirten Gedärme lagen sämmtlich im linken Hypogastrium. Durch Pseudomombranen sind Verwachsungen mit dem Coecum, dem Endstück des Ileum, dem Colonascendens, dem Rectum, der Harnblase und dem Fundus uteri sowohl mit der Geschwulst, als unter sich zu Stande gekommen. Die beiden Tubae und die Ovarien sind frei. Die rechte Niere ist zu einem die Bauchhöhle einengenden, häutigen, seichtgelappten Sacke entartet, der in seinem Innern fächrig erscheint, und eine schmutzig bräunliche, trübe Flüssigkeit von 12 Pfund Menge enthält. Seine Wandungen sind bald verdünnt, bald mehrere Linien dick, die Innenfläche ist hie und da mit leistigen Vorsprüngen, warzenförmigen Erhabenheiten oder mit einem grobsehnigen Netzwerk versehen. Durch mehr minder, oft bei 2″ dicke Balken wird der Cystenraum mehrfach in kleinere Abtheilungen zerfällt; an den Balken finden sich hin und her rundliche, oft gestilt aufsitzende, mit gelblichem Inhalt gefüllte Cysten, deren obschon auffallend zarte und oft jauchig in filtrirte Wandungen mitunter ziemlich grosse thrombirte Gefässe enthalten. Durch die Mitte des Sackes zieht quer ein 5″ langer, rundlicher, blassrother Strang, der in sich die Arteria renalis birgt, welche sich bis in die Aorta verfolgen lässt. Da, wo dieser Strang an die Cystenwand tritt und sich fächerförmig ausbreitend in dieselbe verliert, gewahrt man in einer von eine-r halbmondförmigen Leiste begrenzten Vertiefung noch deutliche Reste des Pelvis renalis mit Einmündung des betreffenden Ureter, welcher, immer der Innenwand der Cyste anliegend, im Halbkreise nach ab- und rückwärts zieht, um endlich am hintern untern Ende auszutreten und von der Geschwulst noch bedeckt und mit ihr verwachsen die Harnblase zu erreichen; er ist während dieses Verlaufes immer mehr flach gedrückt und durchgängig. Die linke Niere ist vergrössert.

In v. Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie Band 7, p. 219 ist von Herrn Prof. Dr. W. Krause ein Fall veröffentlicht, welcher im Jahre 1864 in der Klinik des Herrn Ober-Medicinalrathes Professor Baum in Göttingen ablief Ein 23jähriges Mädchen hat Anfang des Jahres 1863, bis wohin sie niemals ernstlich krank war, bemerkt, dass der Umfang ihres Leibes aus unbekannten Gründen zunimmt. Ein Arzt in Hannover, stellt die Diagnose auf Ovariencyste, schlägt die Punktion vor und führt sie auch aus. Patientin übersteht die Operation sehr leicht, merkt aber schon nach 10 Tagen ein neues Ansammeln der Flüssigkeit, eine Untersuchung derselben scheint nicht Statt gefunden zu haben.

Der Status praesens ergab am 27. October 1864 bei einem starken, wohlaussehenden Mädchen einen ungeheuren Umfang des Bauches: am obern Ende des Os sacrum über die Cristaeilei zum Nabel: 121 Ctm.; horizontal über die Cristaeilei: 112 Ctm.; vom Nabel bis zur Symphysis: 23 Ctm.; vom obern Ende der Geschwulst bis zur Symphysis: 54 Ctm.; vom Processus xiphoideus bis zur Symphysis: 73 Ctm. Die Geschwulst nimmt fast die ganze Breite des Abdomen ein, fluctuirt deutlich, ist unbeweglich und schallt überall matt. Nach der frühern Punktion hatte der betreffende Arzt eine Geschwulst im Unterleibe nicht gefühlt. Die Untersuchung per Vaginam ergiebt nichts Besonderes.

Die Diagnose wurde auf Ovariencyste gestellt, die Exstirpation vorgeschlagen, angenommen, und der Termin auf den 28. November festgestellt. Nach dem ca. 10 Ctm. langen Bauchschnitt an der chloroformirten Kranken wurden mittelst Troicart aus der Cyste, welche unter dem Peritoneum parietale mit röthlich blauer, gefässreicher Oberfläche lag, 14,000 Cub.-Ctm. einer anfangs klaren, zuletzt schmutzig eitrig aussehenden Flüssigkeit abgelassen. Nachdem beinahe alle Flüssigkeit abgelassen wgrden war, wurde versucht, die Cyste an einem vorher durchgelegten Faden aus der Bauchwunde zu ziehen; es misslang wegen der vielen, sehr innigen Adhärenzen mit dem Darm, besonders dem Colon transversum und descendens. Der Gedanke an eine Exstirpation musste aufgegeben werden. Die vordere Cystenwand wurde gespalten und an die Bauchwand

mit Zwischenlegung des Peritoneums festgenäht. Die Wunde wurde mit Watte bedeckt und darauf der Bauch mit Tüchern eingewickelt. Die Patientin übersteht den Operationschoc ziemlich gut, wird aber am andern Tage unruhig, der Leib empfindlich; Brechen und Schlaflosigkeit tritt ein; die Temperatur bleibt sehr hoch, $39,_2$, der Puls wird sehr frequent, Durst und Erbrechen sind nicht mehr zu stillen: am 30. November, Abends 7 Uhr tritt der Tod ein unter vollständigem Collapsus.

Die nach 24 Stunden angestellte Section ergab, dass sämmtliche seröse Flächen der Baucheingeweide hyperämisch waren, rauh, zum Theil mit Fibrinflocken verklebt. Die Wandung der an die Bauchwand gelötheten Cyste ist in ihrer ganzen Ausdehnung mit den benachbarten Gebilden verwachsen. Die rechte Niere ist gross, ihr Becken sehr weit, der Ureter derselben Seite erweitert. In der Rindensubstanz sind die Harnkanälchen erweitert, die Corpora Malpighi gross, die Henle'schen Schleifen enthalten theils Fibrincylinder, theils Kalkkonkremente und sind ebenfalls erweitert. Der linke Ureter ist weit, mit eitriger Flüssigkeit gefüllt und entspringt aus der Cyste. An der Harnblasenschleimhaut finden sich kleine, geröthete Exkreszenzen. Die Ovarien sind vergrössert, blutreich, mit zahlreichen kleinen Cysten durchsetzt.

Eine Untersuchung der Flüssigkeit zeigte, dass sie keinen Zucker, Inosit, Gallenfarbstoffe oder Harnsäure aber Chlornatrium, Harnstoff und Eiweiss enthalte. Reaktion schwach alkalisch, spec. Gewicht $= 1,_{000}$

Aus dem Fehlen der linken Niere und dem Ursprung des sonst normal langen Ureter aus der Cyste liess sich schliessen, dass dieselbe eine colossale Erweiterung des Nierenbeckens vorstelle. Der Ureter war im obern Theil etwas erweitert, nach unten verengert, aber noch durchgängig. Das Nierenbecken stellte eine Mannskopf grosse Blase mit ziemlich dicken, innen platten, aussen von Bindegewebe umzogenen Wandungen dar. Bindegewebe und Cystenwand führen viele aus den normalen Nierengefässen kommenden Arterien und Venen. Die Innenfläche der Cyste hat theilweise ein geschichtetes Flimmerepithel. Der etwas längliche, beinahe ovale Cystensack hat einen Längendurchmesser von

etwa 40, eine Breite von ca. 32 Ctm. Der Bauchschnitt traf die Spitze des Ovals; hier ist die Cyste mit den Bauchwänden verklebt. Die Ursprungsstelle des Ureter, die von dem Schnitte aus etwa 8 Ctm. nach hinten und oben liegt, ist geschlossen durch eine semilunare Falte von 1 Ctm. Breite; durch eine Sonde wird die Klappe vom Ureter aufgehoben. Diese von der Cystenwand gebildete Klappe verstreicht sich gänzlich, wenn der Ureter von seinem Zusammenhange mit der Cystenwand gelöst und vertikal gegen dieselbe gestellt wird. Links ist die Cystenwand durch die auseinandergetriebene Niere in einer Längenausdehnung von 36 Ctm. und 12 bis 13 Ctm. in die Breite verdickt, und zwar bis zu 5 Ctm., während die Cystenwand sonst nur 1—$1_{,5}$ Mm. dick ist. Die Niere überragt ihre Anheftung an die Cyste an beiden Enden um 3 — 9 Ctm., seitlich um 1 Ctm. Diese Ränder lagern, platt gedrückt, der Cystenwand an, mit ihr durch lockeres Bindegewebe verbunden. In die Cystenwand hineingehende Auslichtungen verschiedener Grösse und Gestalt repräsentiren die früheren Kelche: auf ihrem Grunde sieht man noch zuweilen die plattgedrückten Papillen der Niere. Die Ausbuchtungen sind auch von Aussen durch Unregelmässigkeiten der Oberfläche zu erkennen. Mikroskopisch charakterisirt sich die Nierensubstanz als solche nur in dem der Cyste frei auflagernden Rande durch Glomeruli und Tubuli contorti, deren Epithel theilweis verfettet ist.

Gelagert war die Cyste in der ganzen linken Hälfte der Bauchhöhle, sie reichte von der linken Pars lumbaris des Zwerchfelles an der Wirbelsäule herab bis in den obern Eingang des kleinen Beckens; vorn erstreckt sie sich durch die ganze Peritonealhöhle. Magen, Dünndarm, Leber und Milz waren nach rechts verdrängt. Mit den meisten Organen waren feste Verwachsungen der Cystenwand entstanden, nur die Verklebungen mit dem Fundus uteri, dem linken Ovarium, dem Magen, der Milz und dem Zwerchfell waren leicht zu trennen.

Es ist einzusehen, dass in diesem Falle, bei der enormen Ausdehnung der Nierengeschwulst eine Diagnose auf anatomischem Wege nicht mehr möglich war. Selbst die chemische Untersuchung des Cysteninhalts, der mit Urin wenig Aehnlichkeit hatte, keine Harnsäure und nur

äusserst wenig Harnstoff enthielt, würde hierbei nicht auf die richtige Diagnose geführt haben.

Anders verhält es sich in Rücksicht auf das letzterwähnte diagnostische Criterium in dem Falle von Echinocockus der Niere, welcher im Juni d. J. in der Klinik des Herrn Medizinalrathes Professor Dr. Spiegelberg in Breslau als Cystovarium operirt wurde. Herr Professor Spiegelberg hat mir gütigst erlaubt, denselben hier in seiner ganzen Ausführlichkeit zu veröffentlichen.

Louise K. aus Trachenberg, Fleischersfrau, ist 42 Jahr alt. Als Mädchen stets gesund, wurde sie mit 14 Jahren zum ersten Male menstruirt, von welcher Zeit an die Menses regelmässig erfolgten. Im 24. Jahre heirathete sie und gebar rechtzeitig 6 lebende Kinder, das letzte vor $3\frac{1}{2}$ Jahren. Während die 5 ersten Geburten ganz leicht erfolgten, war die letzte eine noch spontan verlaufende Steissgeburt von längerer Dauer. Vor $1\frac{1}{4}$ Jahren bemerkte die Patientin eine Geschwulst im rechten Hypogastrium, nach ihrer Angabe von der Grösse einer welschen Nuss, welche, auch auf Druck, gar nicht empfindlich war und anfangs durchaus nicht incommodirte, jedoch stetig, erst langsam, später immer rapider wuchs, so dass die Geschwulst schon vor einem halben Jahre fast die gegenwärtige Ausdehnung hatte. Seit der letzten Geburt waren die Menses unregelmässig geworden, kehrten in Zwischenräumen von 3, auch von 6 Monaten erst wieder. waren aber alsdann sehr profus und von einer 8—10tägigən Dauer. Defäkation, Urinsekretion, Darm sind in vollständiger Ordnung und geben zu keinerlei weiteren Nachforschungen Anlass. Patientin giebt an, innerhalb des letztverflossenen Jahres sehr abgemagert zu sein.

Herr Professor Spiegelberg fand bei dem ersten flüchtigen Besuche der Kranken am 19. Januar d. J. eine sehr magere Person, welche sonst wohl aussah; sie präsentirte über dem Becken eine Unterleibsgeschwulst, welche etwa mannskopfgross erschien, sehr elastisch, beweglich, unregelmässig anzufühlen war und zuerst einem grossen Fibroid des Uterus glich; ein leichtes Geräusch wie Uteringeräusch ist auf derselben zu hören. Der Uterus ist jedoch mit der Vagina prolabirt, seine Höhle

3″ lang, das ganze Organ sehr beweglich. Von der Scheide aus ist der Tumor nur mit Mühe zu fühlen.

Am 31. Mai fand sich Folgendes: Der Tumor ist seit dem ersten Besuche noch mehr gewachsen, und liegt in der Mittellinie sehr beweglich unter den dünnen Bauchwandungen. Am oberen Umfange der festeren elastischen Masse erscheint eine faustgrosse Cyste, aufsitzend mit breiter Basis. Sie ist sehr gespannt aber ganz schmerzlos. Die Geschwulst ragt mit einem Segment flach in den vordern Abschnitt des Beckeneinganges herein, ist hier prall, schmerzlos und mit von aussen mitgetheilten Bewegungen movibel. An diesen Bewegungen nimmt der Uterus — und vice versa — nicht Theil. Die Lage des Tumor ist vor dem Uterus. Fluktuation ist überall sehr deutlich, besonders aber in der obern faustgrossen Cyste fühlbar und die erzeugte Welle setzt sich auch nach allen Richtungen hin fort. Die Percussionsresultate sind wie bei Cysten des Beckens; doch erscheint bisweilen in unsicherer Weise über der Symphyse ein gedämpft tympanitscher Ton, was auf eine herbeigedrückte Darmschlinge bezogen werden konnte.

Patientin fordert die Operation, zu welchem Zwecke sie den 14. Juni in die gynäkologische Klinik vom Herrn Prof. Spiegelberg aufgenommen wird. Der grösste Umfang des durch den Tumor (circ unter dem Nabel) ausgedehnten Leibes beträgt 84 Ctm; die grösste Länge betrug 37 Ctm, die Erhebung über die Symphyse 33 Ctm, die Entfernung von der Spina aut. sup. bis zum Nabel: 18 Ctm. Die continuirlich gemessene grösste Breite ergiebt 33 Ctm. über dem Nabel 25 Ctm. Der Tumor reicht bis zum Rande der falschen Rippen. Seine Beweglichkeit nach beiden Seiten hin, hat er bewahrt. Die Oberfläche giebt das Gefühl von knolligen Unebenheiten und am obern Umfange befindet sich eine etwa gänseeigrosse Cyste; sie liegt etwas nach rechts hin und zeigt Fluktuation. Am andern Umfang, unterhalb des Nabels, scheint eine andere Cyste zu liegen. Im Allgemeinen ist der Tumor von festem Gefüge und Fluktuation pflanzt sich durch seine ganze Höhe fort.

Die Scheidenwände sind beide vollständig invertirt; der von der vordern Scheidenwand ausgehende Prolap-

sus uteri ist reponirbar; nach der Reposition lagert sich der Uterus nach links und vorn. Im vordern Beckenraume ist der Tumor beweglich zu fühlen, mit fester Wand; eine von aussen erzeugte Fluktuationswelle kann innen vom Finger wahrgenommen werden. Die zwar magere aber muskulöse Person hat dünne Bauchdecken und zeigt einen veralteten Dammriss bis zum After. Oedeme sind nirgends vorhanden.

Operation den 26. Juni, 10½ Uhr Vorm. durch Herrn Medizinal-Rath Prof. Dr. Spiegelberg, in Anwesenheit der Herren Geheimen Medizinal-Räthe Prof. Middeldorpff und Lebert.

Nachdem Patientin auf dem Operationstische zweckentsprechend gelagert und tief chloroformirt war, wurde in der Linea alba, etwa 1½" über der Symphyse beginnend, ein 8 Ctm. langer Schnitt durch die dünnen Bauchdecken gemacht. Blutung entstand nicht, nur weniges Peritonealwasser floss ab und in der Nähe der Wunde fanden sich keine Adhärenzen. Mit einem dicken Troicart wurde die Cyste in der Mitte des vorliegenden Segmentes punktirt. Die Beschaffenheit des abfliessenden Inhaltes: helles klares Wasser, machte alsbald den Gedanken an einen diagnostischen Irrthum rege. Nach fast vollständigem Abfluss des Wassers wurde versucht, die Cyste aus der Wunde hervorzuziehen, was jedoch wegen der nach allen Richtungen hin mit dem Darm vorhandenen Verwachsungen nicht gelang. Am obern Rande zeigte sich das Netz, welches auf dem adhärenten Darm locker auflag. Unter Mitwirkung des Herrn Geheimrathes Prof. Middeldorpff wurden die angewachsenen Darmpartien allmälig lospräparirt; dabei wurden vielfache, meist doppelt — nach den Aesten hin und central zulegende Gefäss-Unterbindungen nöthig. Das Gefässnetz war ein sehr starkes, und durchschnittene Gefässe bluteten auch aus dem peripherischen Theile. Um über die Basis und der sonstigen Connexe der Cyste ein Urtheil gewinnen zu können, wurde dieselbe vollständig aufgeschnitten. Dabei kamen 2 sehr elastische, glatte, sich einrollende Membranen hervor. Betreffs der Verwachsungen zeigte sich nunmehr, dass die Cyste ringsum vom Mesenterium: links Dünn- und rechts

des Dick- und Blind-Darmes becherförmig umsponnen war. Aus dieser Umhüllung ragte nur das vom Schnitt getroffene Segment der Cyste frei hervor. Enorm grosse, meist venöse Gefässe, von der Stärke einer Arteria radialis bis A. brachialis, wurden in den Adhäsionen sichtbar. Die grosse Zahl und die beträchtliche Stärke der Gefässe bot immer wieder sich neu gebärende Schwierigkeiten. Kein Schritt durfte in der Operation vorwärts gethan werden, ohne die umsichtigste Prüfung des zu Trennenden. Indess wurden die Herren Operateure, obschon nach anstrengendem Kampfe, mit ihrem sichern Blicke und bewundernswerther Kunst doch all jener Schwierigkeiten vollständig Herr. Die Lösung der Cyste aus den Verwachsungen gelang überall, mit Ausnahme eines Theils seitlich nach rechts und vorn, allwo eine zu grosse Anzahl von Gefässen verliefen. Im Becken fühlte die eingeführte Hand beide Ovarien, Tuben und Ligamenta lata in normalem Zustande: Die Cyste musste also einen retroperitonealen Ursprung haben.

An der obern rechten Seite befand sich an der Cystenwand, und mit ihr in engstem Zusammenhange eine parenchymatöse Masse, welche erst an das Pankreas denken machte. Es zeigte sich indess, dass jene Masse von der rechten Niere ausgehen müsse, mit welcher die Cyste zusammenhängend gefunden wurde. Um die Operation zum Abschluss zu bringen, wurde die Cyste weiter in Hälften gespalten und die Basis derselben ins Niveau der Bauchwunde gebracht. Die linke Hälfte des Sackes konnte gänzlich excidirt werden, nachdem die Schnittfläche umstochen und unterbunden worden war. An der rechten Hälfte sassen jene parenchymatösen Massen an und beim Anziehen fühlte sich der Hilus wie ein Stil an. Neben diesen Parenchymmassen hing der Darm noch fest und mit einer ausserordentlich starken Gefässverzweigung an; da nun aber allerseits eine Unterbindung an der Nierenwurzel zu gefährlich erschien: so wurde das der Cyste anhängende Stück Niere, nach vorherigen Umstechungen und Unterbindungen, in drei Partien nebst der anhängenden Cystenhälfte excidirt. Der zurückgebliebene Theil der Niere wurde auf die hohe Kante nach der Schnittwunde zugestellt.

Nunmehr wurde die Wunde, die Ligaturen, deren im Ganzen 22 gemacht worden waren, und der Darm mit lauem Wasser gereinigt. Die Darmpartien wurden ohne Schwierigkeit reponirt, das Netz vorgelagert, die Ligatur am obern Wundwinkel nach aussen geführt und die Banchwunde mit vier Drath- und zwischen angelegten Seidenheften zugenäht. Mit Watte und Handtüchern wurde der Leib eingehüllt und die Kranke in ihr Bett gebracht; 12 Uhr war die Operation beendigt. Patientin zeigte eine gute Erholung aus der Narkose, Puls 100, nicht sehr klein; die Gesichtszüge sind stark verfallen und sie klagt über grossen Durst. Patientin schläft lange und tief; Temperatur $36,_2$, Puls 96; sie geniesst Wein, Fleischbrühe, Alcoholica. Abends ist die Temperatur $38,_8$, der Puls 125; der Durst gross. Um acht Uhr stellt sich einmaliges Erbrechen und Schmerz in der Magengegend ein, im Munde entsteht ein eigenthümlicher Pappegeschmack.

Den 27. Juni ist die Temperatur $37,_1$, der Puls 165, dünn, leicht zu comprimiren. Patientin ist zuversichtlich und ohne Schmerzen, klagt nur über heftigen Durst und Schlaflosigkeit, dabei ist das Sensorium frei. Um 2 Uhr Mittags tritt volständiger Collapsus und alsbald der Tod ein.

Die von Herrn Professor Dr. Waldeyer angestellte anatomische und chemische Untersuchung der durch die Operation entfernten Theile ergab Folgendes:

Die Cystenflüssigkeit, der während der Operation etwas Blut zugeflossen war, enthielt ausser einer geringen Menge Eiweiss und vielen Blutkörperchen zahlreiche Echinococcenscolices, welche zum Theil mit dünnen Stielen an ihren Brutkapseln noch hafteten. Sie waren sämmtlich in eingestülpter Haltung und bewegten sich noch am zweiten Tage der Untersuchung sehr lebhaft. Ausserdem fanden sich in der Flüssigkeit freiliegende Echinococcenhaken.

Die glatten, elastischen, sich einrollenden Membranen erwiesen sich als Theile einer augenscheinlich sehr grossen Echinococcenblase; sie zeigte das gewöhnliche Verhalten und liess sich leicht in mehrere Lamellen zerlegen. Wucherungen an der Innenfläche waren nicht zu bemerken,

Der ausgeschnittene Sack, eine sehr derbe bindegewebige Membran, hatte die Aussencyste des Echinococcus gebildet. Die Membran war meistens $0,_{75}$ bis 1 Ctm. dick; gegen die Basis verjüngt sie sich jedoch plötzlich auf 1—2 Mm. Dicke. An ihrer Aussenfläche haften ausser mehreren grösseren Partien flach abgeschnittener, quergestreifter Muskeln ausgedehnte Massen fetthaltigen lockeren Bindegewebes, in welchem viele Ligaturen sassen. An der dickeren Partie haftet ein circa 4 Ctm. langes ausgeschnittenes Venenstück mit sehr starken Wänden, welches sich in zwei Aeste theilt vom Caliber einer Vena brachialis und das an der Theilungsstelle Klappen besitzt. Abgesehen von den angeführten Adhärenzen sind Aussen- und Innenwand der Cyste ziemlich glatt.

Das ausgeschnittene Stück der Nierensubstanz stellte den vordern obern Theil der rechten Niere dar. Von derselben geht der dünnere ca 1 Mm. dicke Theil obenerwähnter Membran aus. In die äussere Lage dieser Membran geht die verdickte Nierenkapsel über. Die Nierensubstanz selbst ist ziemlich derb, von fast lederartiger Consistenz. Das Zwischenbindegewebe erscheint unter dem Mikroscope vermehrt, die Harnkanälchen jedoch gut erhalten.

Sectionsbefund (20 St. p. m.): Die Bauchwunde ist vollkommen frisch. Die Stellen der vier Drahtligaturen sind schwärzlich verfärbt. Schlingen des Dickdarms und der Magen sind aufgetrieben. Aus den Wundwinkeln ragt ein Paquet Ligaturen, welche oberhalb des Pylorustheils des Magens zu einer bereits emphysematös aufgetriebenen, parenchymatösen Masse zusammenlaufen, an welcher zahlreiche Unterbindungen durch Umstechung ausgeführt sind. In der rechten Bauchhöhle sind die Eingeweide fast durchgängig blutig suffundirt. Das Colon ascendens zeigt sich bis zum Beginn des Transversum aus seiner mesenterialen Umhüllung vollständig auspräparirt, so dass die Querstreifen der Ringmuskelage freiliegen; die ganze Oberfläche ist frisch, blutig suffundirt und hat mehrere Gefässligaturen. In der Cöcalhöhle, rechts im kleinen Becken, befindet sich ca. $1,_5$ Ltr. dünner, sanguinulenter Flüssigkeit. Der erwähnte Tumor, an welchem die Hauptgefässligaturen zusammenstossen, nimmt die Stelle der rechten Niere ein

und ist der untere Ausschnitt der Niere selbst. Der Ureter ist 8 Ctm. lang aus dem retroperitonealen Zellengewebe auspräparirt. Die Stämme der Nierengefässe sind unverletzt und liegen versteckt unter dem umgebenden Zellengewebe; ebenso die Vena cava. Die Vena spermatica dextra ist unterbunden. Am Nierenparenchym sind drei grosse Ligaturen angelegt; die Schnittflächen sind etwas missfarbig erweicht. Zahlreiche Ekchymosirungen befinden sich auch in dem Ueberzuge der Niere, dicht über der Schnittfläche. Auch das Duodenum ist von seiner peritonealen Unterlage frei präparirt, wie das Colon ascendens, bedeckt mit Ekchimosen. Die übrigen Organe des Abdomen sind frei. Die Milz ist klein und blutleer, die Leber athrophisch und schon stark cadaverös entartet. Da wo die Gefässligaturen über die Serosa des Magens hinweggehen, ist dieselbe oberflächlich usurirt, aber ohne Blutaustritte. Der Uterus ist retroflectirt und zugleich nach links gewendet; das rechte Ligamentum latum ist länger als das linke; die Eierstöcke sind beide stark atrophisch mit gerunzelter Oberfläche. Im Douglas'chen Raume finden sich mehrere kleine knopfförmige Auflagerungen älteren Datums. Der Uterus ist verdickt, von blassem Parenchym; an der rechten Seite sitzt ein flacher, breitgestielter Polyp von Haselnussgrösse. Sonst ist die Mukosa ohne Falten und ziemlich rauh. Das Beckenzellgewebe ist unverändert. Das Herz ist schlaff und welk, sein Endocordium schon blutig suffundirt, die Klappen aber unverändert. Die linke Lunge ist oben adhärent durch pseudomembranöse Wucherungen, das Gewebe durchweg ödematös, schlaff und welk. An der Spitze befindet sich eine deutliche Pigmentablagerung. Die rechte Lunge ist etwas weniger adhärent, hat aber mehrere bronchitische und peribronchitische Ablagerungen; im Uebrigen ist sie gleich der linken.

Die Schleimhaut des Dickdarmes, so weit dieser in den Bereich der Operation gezogen worden war, zeigt sich fast schwarzbraun verfärbt, hier und da mit zahlreichen grösseren oder kleineren Ekchymosen bedeckt. Weiter abwärts ist die Mucosa intakt; die lymphatischen Follikel sind aber auch hier mässig geschwellt. Ebenso ist die untere Partie des Dünndarmes durch mässige Schwellung der lymphatischen Follikel verändert.

Sonstige Veränderungen wurden nicht constatirt.

Bei dem Umfange der Cyste, den sie bei der ersten Vorstellung der Kranken bereits hatte, auf anatomischem Wege zn einer sichern Diagnose, namentlich der eines Nierenechinokockus zu gelangen war unmöglich. Ein Schwirren der Hydatiden ist bei keiner Untersuchung gefühlt worden. Eine Explorativpunktion der Cyste hätte freilig ihre Natur erkennen lassen, und damit auch ihren ovariellen Ursprung ausgeschlossen. Trotzdem von den bedeutendsten Ovariotomisten die Punktion als Vorläufer der Exstirpation verworfen wird, bietet doch, wie Herr Medizinalrath Professor Spiegelberg sofort hervorhob, der erzählte Fall eine strenge Mahnung, gar kein, selbst noch so fern liegendes diagnostisches Hülfsmittel unversucht zu lassen, wo es sich um so eingreifende Operationen handelt; auch darf nie versäumt werden, Unterleibsgeschwülste so früh als möglich auf das Sorgfältigste zu beobachten. In dem vorliegenden Falle war der Irrthum um so bedauerlicher, als wohl anzunehmen ist, dass bei der Natur des Uebels Patientin ohne Operation noch einige Zeit dem Leben erhalten geblieben wäre.

Thesen.

1) Die Zangenextraktion kann bei Beckenenge mit den andern Verfahrungsweisen: Perforation, Wendung oder Gehenlassen nicht concurriren.
2) Die Kenntniss der äussern Körperformen wird am besten durch das Studium der plastischen Kunstwerke der alten Griechen gefördert.
3) Der Arzt kann sich grössere Verdienste erwerben durch Verhütung als durch Heilung von Krankheiten.
4) Mineralsalzlösungen in Bädern sind in Bezug auf Heilzwecke nicht indifferent.
5) Die Wirkung des Chinins bei typischen Krankheiten beruht auf einem Einfluss des Mittels auf die Centralorgane des Nervensystems.
6) Der Alkoholgenuss bei der armen Arbeiterklasse ist für dieselbe eine Wohlthat.
7) Der Ausspruch des Livius: „Eventus stultorum magister“ gilt in der medicinischen Praxis in seinem vollen Umfange.

Vita.

Verfasser ist den 11. Januar 1841 zu Wünschendorf (Kreis Lauban) geboren. Er besuchte von 1854—1861 das Gymnasium zu Lauban, studirte alsdann bis 1864 in Jena, Breslau und Berlin Philologie. Ostern 1864 liess er sich zur medicinischen Facultät überschreiben und hörte in Berlin und Breslau durch 7 Semester Collegien und besuchte die praktisch medicinischen Uebungen der Herren Professoren und Docenten: Dove, Hanstein, Hirsch, Lieberhühn, Schneider, Barkow, Foerster, Grosser, Haeser, Heidenhain, Klopsch, Lebert, Loewig, Middeldorpf, Spiegelberg, Waldeyer.